

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N°

224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Gabriel ROUX

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

VALEUR SYMPTOMATIQUE ET DIAGNOSTIQUE

DES

Névralgies

ET EN PARTICULIER

DE LA NÉVRALGIE ILÉO-LOMBAIRE

DANS LES

Anévrysmes de l'aorte descendante

Président : M. ROBIN, professeur.

Juges { *MM. HUTINEL, professeur*
VAQUEZ, agrégé
BRINDEAU, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE



Digitized by the Internet Archive
in 2026

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1907

THÈSE

N^o 224

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 18 Avril 1907, à 1 heure

PAR

Gabriel ROUX

Ancien Externe des Hôpitaux de Paris

VALEUR SYMPTOMATIQUE ET DIAGNOSTIQUE

DES

Névralgies

ET EN PARTICULIER

DE LA NÉVRALGIE ILÉO-LOMBAIRE

DANS LES

Anévrysmes de l'aorte descendante



Président : M. ROBIN, professeur

Juges { MM. HUTINEL, professeur
VAQUEZ, agrégé
BRINDEAU, agrégé

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

BONVALOT-JOUVE

15, RUE RACINE, 15

1907

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen		M. DEBOVE
Professeurs		MM.
Anatomie		POIRIER
Physiologie		CH. RICHET
Physique médicale		GARIEL
Chimie organique et Chimie générale		GAUTIER
Parasitologie et histoire naturelle médicale		BLANCHARD
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD
Pathologie médicale	}	HUTINEL
		BRISSAUD
Pathologie chirurgicale		LANNELONGUE
Anatomie pathologique		CORNIL
Histologie		MATHIAS DUVAL
Opérations et appareils		SEGOND
Pharmacologie et matière médicale		POUCHET
Thérapeutique		GILBERT
Hygiène		CHANTEMESSE
Médecine légale		THOINOT
Histoire de la médecine et de la chirurgie		DEJERINE
Pathologie expérimentale et comparée		ROGER
Clinique médicale	}	HAYEM
		DIEULAFOY
Maladies des enfants		DEBOVE
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale		LANDOUZY
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques		GRANCHER
Clinique des maladies du système nerveux		JOFFROY
Clinique chirurgicale	}	GAUCHER
		RAYMOND
Clinique ophtalmologique		LE DENTU
Clinique des maladies des voies urinaires		TERRIER
Clinique d'accouchements	}	BERGEN
		RECLUS
Clinique gynécologique		DE LAPERRONNE
Clinique chirurgicale infantile		ALBARRAN
Clinique thérapeutique		N...
		PINARD
		POZZI
		KIRMISSON
		ALBERT ROBIN

Agrévés en exercice.

MM.

AUVRAY	DESGREZ	LEGRY	PROUST
BALTHAZARD	DUPRE	LEGUEU	RENON
BRANCA	DUVAL	LEPAGE	RICHAUD
BEZANÇON	FAURE	MACAIGNE	RIEFFEL, chef
BRINDÉAU	GOSSET	MAILLARD	des travaux anat.
BROCA (André)	GOUGET	MARION	TEISSIER
CARNOT	JEANSELME	MAUCLAIRE	THIROLOIX
CLAUDE	LABBE	MÉRY	VAQUEZ
CUNEO	LANGLOIS	MORESTIN	WALLICH
DEMLIN	LAUNOIS	POTOCKI	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MON ONCLE

MONSIEUR LE DOCTEUR DE BELLY

Ex-administrateur des Hôpitaux de Marseille
Médaille d'or des épidémies

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBERT ROBIN

Membre de l'Académie et médecine
Médecin de l'Hôpital Beaujon
Commandeur de la Légion d'honneur

A. MES MAÎTRES DANS LES HÔPITAUX

Stage

MONSIEUR TALAMON

Médecin de l'Hôpital Bichat

MONSIEUR BARTH

Médecin de l'Hôpital Necker

MONSIEUR ROUTIER

Chirurgien de l'Hôpital Necker

MONSIEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié

MONSIEUR BAR

Professeur Agrégé

Accoucheur de l'Hôpital Saint-Antoine

Externat

MONSIEUR NÉLATON

Professeur Agrégé

Chirurgien de l'Hôpital Boucicaut

MONSIEUR HARTMANN

Professeur Agrégé

Chirurgien de l'Hôpital Lariboisière

MONSIEUR HALLOPEAU

Professeur Agrégé
Membre de l'Académie de Médecine
Médecin de l'Hôpital Saint-Louis
Officier de la Légion d'honneur

MONSIEUR DALCHÉ

Médecin de l'Hôpital de la Pitié
Assistant à l'Hôpital Boucicaut
Chevalier de la Légion d'honneur

MONSIEUR OMBREDANNE

Chirurgien des Hôpitaux

MONSIEUR BRINDEAU

Professeur Agrégé
Accoucheur des Hôpitaux
Assistant à l'Hôpital Saint-Antoine

AVANT-PROPOS

Arrivé à la fin de nos études médicales, nous tenons à remercier les Maîtres qui nous ont instruit et à leur dire toute notre reconnaissance.

Si peu que nous sachions, c'est à eux que nous le devons, à eux dont nous avons suivi jour à jour les leçons et l'enseignement par l'exemple au lit des malades, à eux qui resteront toujours notre modèle, après avoir éveillé en nous la juste fierté d'avoir été leur élève.

Nous avons appris la pratique journalière de la chirurgie et des pansements dans le service de M. Routier à l'hôpital Necker, dans celui de M. le professeur agrégé Nélaton à l'hôpital Boucicaut, auprès duquel nous avons rempli les fonctions d'externe. Nous tenons à remercier ici M. le Dr Ombredanne qui, dans ce dernier service nous a dispensé sans compter ses bons conseils et ses leçons pratiques.

C'est dans le service de M. le Dr Talamon à l'hôpital Bichat, de M. le Dr Barth à l'hôpital Necker que nous nous sommes familiarisé à l'art de l'auscultation et de la thérapeutique médicales.

Nous avons étudié les accouchements dans le beau

service de M. le professeur agrégé Bar, à l'hôpital Saint-Antoine ; son assistant, M. le Dr Brindeau, nous a toujours témoigné une particulière sympathie dont nous lui exprimons ici toute notre reconnaissance.

Nous avons étudié les maladies de la peau et la syphiligraphie dans le service de M. le professeur agrégé Hallopeau, membre de l'Académie de médecine dont nous avons été l'externe à l'hôpital Saint-Louis.

M. le professeur agrégé Hartmann, dans son service des voies urinaires à l'hôpital Lariboisière, a bien voulu nous laisser remplir chez lui les fonctions d'externe ; nous l'en remercions ici ainsi que de tout ce qu'il nous a appris en sa spécialité.

Enfin nous avons été successivement stagiaire, puis externe chez notre excellent maître M. le Dr Dalché, chevalier de la Légion d'honneur, médecin de l'hôpital de la Pitié qui a toujours bien voulu nous témoigner une bienveillance et un intérêt qui nous ont profondément touché et dont nous ne saurions assez lui témoigner toute notre reconnaissance. C'est dans son service que nous nous sommes familiarisé à la clinique médicale, la gynécologie médicale et la médecine infantile (crèche de la Pitié). C'est à lui également que nous devons l'indication de notre sujet de thèse et une observation inédite ; nous l'en remercions encore bien sincèrement.

Nous remercions encore M. le Dr Bonneau, ex-interne des hôpitaux, assistant à la consultation

de chirurgie de l'hôpital Boucicaut et M. Georges Küss, interne des hôpitaux, pour les excellents conseils qu'ils nous ont donnés au cours de nos études.

Nous adressons également le témoignage de notre vive reconnaissance à notre oncle, M. le Dr de Belly, ex-administrateur des hôpitaux de Marseille, pour le vif intérêt qu'il n'a cessé de nous porter dans notre vie d'étudiant.

Enfin qu'il nous soit permis de remercier M. le professeur Albert Robin, membre de l'Académie de médecine, pour le grand honneur qu'il nous a fait en acceptant la présidence de cette thèse.

VALEUR SYMPTOMATIQUE ET DIAGNOSTIQUE
DES NÉVRALGIES
ET EN PARTICULIER
DE LA NÉVRALGIE ILÉO-LOMBAIRE
dans les Anévrismes de l'aorte descendante

INTRODUCTION

Au début du siècle écoulé, le xix^e, Laënnec disait :
« Il est peu de maladies aussi insidieuses que l'anévrisme de l'aorte ; on ne le reconnaît que lorsqu'il se prononce à l'extérieur ; on peut à peine le soupçonner lorsqu'il comprime quelque organe essentiel et en gêne les fonctions de manière grave ; et lorsqu'il ne produit ni l'un ni l'autre de ces effets, souvent le premier indice de son existence est une mort aussi subite que celle qui est donnée par un coup de feu. »

Aujourd'hui ces paroles sont de moindre justesse ; la sphymographie, le retard du pouls - grâce aux

recherches de François Frank — les secousses laryngo-trachéales, découvertes par Oliver, *les caractères cliniques des douleurs* anévrismatiques, la laryngoscopie, la radiographie *et surtout* la radioscopie permettront de dépister le plus souvent un anévrisme dont l'évolution a été pour ainsi dire latente.

Est-ce à dire que l'anévrisme de l'aorte n'est plus jamais une « trouvaille d'autopsie » ou que, devant tel ou tel symptôme de compression, symptôme commun à l'anévrisme et à toutes les tumeurs du médiastin, le diagnostic ne s'égarrera pas et pourra toujours se poser de précise façon ? — Non : car la mort subite et l'autopsie viennent encore souvent de nos jours redresser un diagnostic qui s'était égaré sur l'une quelconque de tout ce grand groupe d'affections que l'on pourrait appeler les *maladies para-anévrismales* : la tuberculose pulmonaire, le mal de Pott, le cancer vertébral, l'adénopathie trachéo-bronchique, les pleurésies pulsatiles, le cancer de l'estomac, les névralgies, les myalgies, les torticolis, les lumbagos, l'abcès périnéphrétique, les néphrites goutteuses ou autres, les coliques hépatiques ou néphrétiques pour ne citer que les plus habituelles causes d'erreur. Ces erreurs de diagnostic concernent peu, il faut le dire, les anévrismes de la portion ascendante et de la crosse de l'aorte. Ceux-ci se manifestent le plus souvent, et de bonne heure, par des symptômes plus ou moins bruyants et qui dépendent toujours de compressions vasculaires ou cardiaques, de compressions

artérielles, veineuses, nerveuses, trachéales ou à la fois laryngo-trachéo-bronchiques.

Les anévrismes de l'aorte thoracique descendante, ceux de l'aorte abdominale aussi, constituent la majeure partie des *anévrismes méconnus, des erreurs de diagnostic*. Leur étude est donc intéressante et cet intérêt justifie le grand nombre d'études et de thèses qu'on leur a consacrées de nos jours. Parfois, la *latence* de ces anévrismes de l'aorte descendante est absolue et la tumeur n'est révélée par aucun symptôme appréciable ; le plus souvent cette latence n'est pas absolue et, au premier rang de ces « petits symptômes » de l'anévrisme de l'aorte descendante, il convient de placer *les douleurs par compression*.

Ces douleurs « sur les caractères cliniques desquelles on n'a pas suffisamment insisté » (Huchard) sont donc, quand elles existent, *le signal-symptôme* de la tumeur anévrismale. Elles mettent sur la voie du diagnostic et soulèvent, pour qui connaît bien leurs caractères, l'hypothèse d'anévrisme. Il suffit que cette hypothèse soit émise ; la *radioscopie* interviendra alors pour préparer le diagnostic et éclairer le clinicien.

Ce rôle de signal-symptôme, de *dépisteur* de l'anévrisme de l'aorte descendante que jouent et que doivent jouer les *douleurs anévrismatiques* suffit à démontrer l'utilité de leur étude symptomatique et clinique, étude que nous avons tenté d'esquisser

en groupant autour d'une observation inédite de M. le Dr Dalebé les renseignements que nous avons pu puiser dans nos lectures médicales.

CHAPITRE PREMIER

Rappel anatomique

L'aorte thoracique descendante continue la crosse aortique au niveau du flanc gauche de la quatrième vertèbre dorsale, elle devient elle-même aorte abdominale au niveau de l'anneau fibreux diaphragme, c'est-à-dire au niveau de la dixième vertèbre dorsale, L'aorte descendante s'étend donc, au total, en hauteur, de la quatrième vertèbre dorsale à la quatrième vertèbre lombaire, niveau auquel l'aorte se bifurque en ces deux branches terminales, les artères iliaques primitives.

Nous ne rappellerons ici que les rapports que cette aorte descendante contracte *avec les nerfs*, insistant néanmoins sur ce point que l'aorte thoraco-abdominale repose *en arrière* sur la colonne dorso-lombaire, séparée du grand surtout ligamenteux antérieur (ligament vertébral antérieur) par du tissu cellulaire épais, dans lequel cheminent, avec des veinules, la terminaison de la petite azygos et plus haut, du tronc des veines intercostales supérieures gauches.

Les rapports que l'aorte thoracique ou abdominale contracte avec les nerfs qui l'avoisinent sont les suivants.

1^o RAPPORTS *avec le grand sympathique.* — A gauche, l'aorte thoracique confine aux branches nerveuses qui proviennent du tronc du sympathique, branches qui rampent dans le tissu qui double la plèvre et qui se rendent aux poumons (filets pulmonaires), à l'aorte (filets aortiques), aux vertèbres (filets osseux), à l'œsophage (filets œsophagiens).

Les rameaux efférents de la région dorsale inférieure se réunissent en deux troncs nerveux, *les nerfs splanchniques* qui traversent le diaphragme pour aller prendre part à la constitution des grands plexus de l'abdomen ; ce sont les grand et petit nerfs splanchniques.

Le grand splanchnique est formé par quatre ou cinq rameaux issus des sixième, septième, huitième, neuvième et dixième ganglions thoraciques et des cordons intermédiaires compris entre ces ganglions. Le nombre de *ces racines* peut augmenter comme il peut être réduit. Tous les ganglions thoraciques du *quatrième au dixième* peuvent, par exemple, donner les filets d'origine du grand splanchnique. Ces racines se fusionnent en un tronc commun vers le milieu du corps de la onzième vertèbre dorsale, pour traverser ensuite de haut en bas le pilier correspondant du diaphragme par un orifice spécial. Parvenu dans la cavité abdominale, il se jette aussi-

tôt sur la pointe externe du ganglion semi-lunaire. (Laignel-Lavastine.)

Dans la *cage thoracique* le *grand nerf splanchnique* est situé *derrière l'aorte*. Dans cette partie de son trajet, il envoie des filets à l'aorte et à la grande veine azygos.

Dans la *cavité abdominale*, le *grand nerf splanchnique* est situé *en dehors* de l'aorte.

Le *petit nerf splanchnique* émane des dixième, onzième et douzième ganglions thoraciques et de leurs cordons intermédiaires. Situé en dehors du grand nerf splanchnique, il n'a que des rapports éloignés avec l'aorte.

A gauche également, l'aorte descendante confine aux rameaux communicants, simples, doubles, ou triples qui unissent le sympathique dorso-lombaire aux nerfs, nerfs intercostaux et lombaires.

En avant de l'aorte et des piliers du diaphragme, au-dessous du diaphragme, au-dessus de la tête et du corps du pancréas, autour de l'origine du tronc cœliaque, se trouve le *plexus solaire*, le *cerveau abdominal* des anciens anatomistes : le plexus solaire, les ganglions semi-lunaires et les plexus viscéraux de l'abdomen qui en dépendent sont reliés au grand sympathique par les nerfs splanchniques. « Le plexus solaire est le véritable centre nerveux de la vie végétative ; c'est de lui qu'émanent toute une série de plexus secondaires qui le long des branches collatérales de l'aorte vont se répandre *dans tous les organes* de la cavité abdominale » (Poirier) : diaphragme,

glandes surrénales, reins, testicules ou ovaires, estomac, foie, rate, intestin, aorte abdominale, vessie, prostate, etc.

2° RAPPORTS *avec le pneumogastrique droit.* — Au-dessous du pédicule du poumon gauche, le pneumogastrique droit vient s'appuyer sur la face antérieure de l'aorte. Il est réduit à ce niveau à quatre ou cinq filets qui descendent en s'anastomosant.

3° RAPPORTS *avec les nerfs intercostaux.* — L'aorte descendante ne contracte normalement aucun rapport avec les nerfs intercostaux. De la quatrième vertèbre dorsale à la quatrième vertèbre lombaire, les nerfs intercostaux et les nerfs lombaires qui leur font suite croisent la base de l'apophyse articulaire supérieure de la vertèbre correspondante. A ce niveau leur branche antérieure se sépare de la branche postérieure et aborde l'espace intercostal ou la région similaire des lombes.

Les nerfs intercostaux proprement dits passent d'abord sur les ligaments costo-transversaires supérieurs et antérieurs, puis se placent à la face interne du muscle intercostal externe ; ils répondent alors, en dedans, au fascia endothoracique et au feuillet pariétal de la plèvre sous lequel ils font une légère saillie.

Nous ne pouvons ici insister davantage sur la distribution des branches musculaires ou cutanées des nerfs intercostaux et lombaires.

Qu'il nous suffise de rappeler les recherches de Mertens (*Anat. Anz.*, 1898), de Head, de Thorburn,

Mackensie, Allen Starr, etc., concernant la distribution cutanée des nerfs intercostaux. On pourra se reporter à l'article de G. Soulié, in *Traité d'Anatomie de Poirier*, pour étudier le tableau, dressé par Head, des zones ou points de l'action viscérale.

CHAPITRE II

Anatomo-pathologie

Il nous faut tout d'abord préciser le terme *d'anévrisme de l'aorte descendante*.

Beaucoup d'anévrismes de la *crosse de l'aorte* se continuent sur l'aorte thoracique qu'ils intéressent sur une plus ou moins grande partie. Ces anévrismes *partiellement* aortiques descendants ne nous occuperont pas. Par les symptômes qu'ils donnent, ils se rattachent manifestement aux anévrismes de la crosse aortique : ils n'appartiennent pas à la *zone latente*.

Nous décrirons donc sous le nom d'anévrismes de l'aorte descendante tous les anévrismes qui siègent sur l'aorte *à partir* de la quatrième vertèbre dorsale jusqu'à la quatrième vertèbre lombaire. Ces anévrismes peuvent se continuer, pour ceux de la partie terminale de l'aorte abdominale, sur les artères iliaques primitives et même plus bas : sur l'iliaque externe ou l'hypogastrique. Et nous étudierons le symptôme douleur dans les anévrismes de toute

l'aorte descendante et non successivement de l'aorte thoracique, puis de l'aorte abdominale, puisqu'il résulte des quelque deux cents observations d'anévrismes de l'aorte descendante que nous avons compulsées que bien des anévrismes *thoraciques*, en passant par l'orifice fibreux du diaphragme, deviennent en partie *abdominaux*. Et ces anévrismes thoraco-abdominaux participent tantôt des symptômes des anévrismes thoraciques et tantôt des symptômes des anévrismes abdominaux, sans règle précise et sans qu'il soit possible d'en fixer autrement le siège que par l'examen radioscopique.

M. Huchard, dans la dernière édition de son *Traité des Maladies du Cœur et de l'Aorte*, divise les anévrismes de l'aorte thoracique en trois zones correspondant aux trois segments : ascendant, transversal, descendant de l'aorte thoracique. Et chacune de ces zones a une physionomie clinique propre due à son siège et surtout aux organes de la région qu'elle traverse et avec lesquels elle entre en rapports plus ou moins médiats.

M. Huchard décrit donc :

1° Les anévrismes de l'aorte ascendante, intrapéricardique ou de la zone des compressions vasculaires et cardiaques ;

2° Les anévrismes de la portion transverse, ou *crosse* de l'aorte avec ses trois sièges :

a) Supéro-convexe ou zone des compressions artérielles et veineuses ;

b) Inféro-concave ou zone des compressions ner-

veuses et trachéales : c'est le type récurrentiel d'anévrisme bien étudié et décrit par Dieulafoy ;

c) Inféro-postérieure ou zone des compressions laryngo-trachéo-bronchiques.

3° Enfin les anévrismes de l'aorte thoracique descendante ou *zone latente des anévrismes méconnus, des erreurs de diagnostic*. Ici, en effet, pas de rapports immédiats avec les organes et en particulier avec le grand sympathique, le pneumogastrique, la grande veine azygos, la petite veine azygos. Ces organes présentent une certaine locomotion, qui diminue les chances de compression ; les rapports sont seulement médiats, grâce au tissu cellulaire du médiastin postérieur.

Plus loin, M. Huchard parle des *anévrismes de l'aorte abdominale* et des phénomènes douloureux qu'ils provoquent. Milanoff, dont il a inspiré la thèse, peut ainsi décrire une zone thoracique — zone des anévrismes latents — interposée à deux zones où les anévrismes s'accompagnent de symptômes importants, parfois bruyants : la zone de la crosse et la zone sous-diaphragmatique ou abdominale supérieure.

Très souvent ces anévrismes abdominaux n'occasionnent aucune douleur, tout aussi latents que les anévrismes de l'aorte thoracique ils doivent donc être décrits avec eux.

Fréquence. — Les anévrismes de l'aorte descendante thoraco-abdominale occupent par ordre de fréquence la seconde place après les anévrismes de la crosse. Les anévrismes de l'aorte thoracique occupent

la troisième. Ils viennent immédiatement après les anévrismes de la crosse et ceux de l'aorte abdominale qui occupent le second rang.

	A. Asc.	Crosse	A. th.	A. abd.
Lebert.	24	27	9	9
Crisp	98	48	21	59
Luton	»	46	19	21
(Société anatomique, d'après Milanoff). .	28	71	36	19

Soit, d'après la plus grosse statistique, qui est celle de Crisp, 146 anévrismes de l'aorte ascendante et de la crosse pour 80 anévrismes de l'aorte thoraco-abdominale descendante.

Nous nous sommes déjà suffisamment étendu sur le siège parfois thoraco-abdominal, à cheval sur l'anneau diaphragmatique, des anévrismes de l'aorte descendante. Milanoff laisse de côté ces anévrismes qui naissent (?) au niveau de l'aorte thoracique et font saillie dans la cavité abdominale (1) et qui l'embarrassent dans sa classification.

Variétés. — Les variétés des anévrismes de l'aorte thoraco-abdominale sont nombreuses ; on observe l'anévrisme fusiforme, l'anévrisme sacciforme et l'anévrisme kysteux ou kystogénique de Broca et de Lebert ; l'anévrisme cupuliforme est rare sur l'aorte descendanté ; l'anévrisme diffus de même que l'anévrisme faux consécutif ne sont pas de vérita-

1. Lancereaux. *Atlas d'Anatomie pathologique.*

bles anévrismes, mais nous ne pouvons les rejeter du cadre de notre étude puisqu'ils sont susceptibles de donner mêmes symptômes et mêmes douleurs qu'un anévrisme vrai, fusiforme ou sacciforme.

Nombre. — L'anévrisme peut être unique ; il peut y en avoir plusieurs siégeant sur diverses parties de l'aorte ; leur origine est alors presque toujours syphilitique.

Siège. — Les anévrismes de l'aorte descendante siègent sur cinq segments de cette aorte, que l'on peut diviser en :

1° Segment rétro-hilaire : en plus de la douleur, les anévrismes qui se développent sur ce segment aortique détermineront des troubles broncho-pulmonaires ;

2° Segment thoracique intermédiaire sans rapports ni symptômes propres en plus du symptôme douleur ;

3° Segment thoracique inférieur, en rapport avec les piliers du diaphragme, avoisinant les nerfs phréniques et le plexus solaire ; les anévrismes de ce segment se traduiront surtout par des douleurs gastralgiques, viscérales : ovariennes, testiculaires ou rénales ;

4° Un segment sous-diaphragmatique ou abdominal supérieur dont la séméiologie se confond avec celle des anévrismes du segment précédent ; peut-être faudrait-il lui rattacher plus spécialement l'étude des névralgies abdomino-génitales et iléo-lombaires ;

5° Un segment terminal, abdominal inférieur,

caractérisé par des douleurs de type plutôt fémoral et crural que viscérales, mais dont les anévrismes peuvent également déterminer ces douleurs viscérales.

Poche. — La poche anévrismale se développe surtout, au niveau de l'aorte descendante, aux dépens de la face postérieure de l'aorte. Cette prédilection des anévrismes pour la paroi postérieure de l'aorte descendante tient surtout à ce que les artères intercostales et lombaires naissent sur un espace allongé, large de 1 centimètre et occupant toute la hauteur de la paroi postérieure de l'aorte descendante. C'est là et dans le lieu d'élection de l'athérome, au niveau de l'origine des collatérales des gros troncs artériels, qu'il faut chercher la cause de l'affaiblissement puis de la distension de la paroi postérieure de l'aorte descendante.

Compression des nerfs et usure des vertèbres. — Si la douleur a été tôt notée comme symptôme d'anévrisme de l'aorte descendante, sa pathogénie et ses caractères n'ont été bien reconnus que dans ces tout derniers temps.

Law, en 1844, attribuait la douleur à l'usure vertébrale ; c'était, pour lui, cette usure des corps vertébraux qui commandait l'intensité de la douleur anévrismatique.

Cette théorie est aujourd'hui rejetée par la majorité des auteurs et quoique Boinet décrive longuement encore l'érosion du sternum, des côtes, des vertèbres, dans son article du *Traité de Médecine*, nous admet-

trons que le plus souvent la douleur est symptôme de lésions ou plus simplement de compression nerveuse. Cette douleur « sourde, térébrante, lancinante, constante ou rémittente, paroxystique avec irradiations douloureuses suivant le trajet des nerfs sensitifs comprimés et irrités », nous en dépossédons l'usure osseuse et vertébrale pour la faire dépendre exclusivement des lésions nerveuses.

La destruction de plusieurs corps vertébraux est si peu douloureuse que Stokes cite le cas d'un gentleman qui montait à cheval et chassait le renard, malgré l'érosion profonde de quatre vertèbres dorsales. Si cette douleur diminue et disparaît parfois lorsque l'anévrisme fait saillie au dehors, ce n'est pas parce que l'usure progressive de l'os a cessé en même temps qu'elle aboutissait à la perforation de celui-ci, mais bien parce que les nerfs ont cessé d'être comprimés, distendus par la poche anévrismale, tenaillés entre son front envahissant et la paroi osseuse résistante.

Les rapports des nerfs et des parois de la poche anévrismale ont été vus depuis longtemps. Ils n'ont été précisés que depuis peu et dans les travaux de Cornil et Ranvier (1) et de Meyer (2).

Paul Broca, dans son *Traité des Anévrismes*, ne consacre, en effet, que quelques mots aux lésions nerveuses causées par les anévrismes : « La tumeur,

1. *Archives de Physiologie*, 1881.

2. *Traité d'histologie pathologique*, t. I, p. 596.

par son volume croissant, refoule, comprime ou détruit les muscles, érode les os et les ligaments, *froisse les nerfs...* » et, plus loin, il ajoute : « Le tiraillement des nerfs s'accompagne tantôt de fourmillement et d'engourdissement, tantôt de douleurs plus ou moins vives qui peuvent s'irradier au loin. Les nerfs plus volumineux sont quelquefois comprimés avec assez de force pour que leurs fonctions soient compromises. Mais les gros troncs nerveux résistent en général beaucoup mieux. Quelquefois ils ne se laissent même pas refouler par l'anévrisme, qui les déborde et finit par les entourer, de sorte qu'à l'autopsie on les retrouve à peu près intacts ; faisant saillie dans la cavité du sac et recouverts seulement par une mince membrane (1) ».

Aujourd'hui l'on reconnaît que les principaux facteurs des lésions nerveuses sont le volume de l'anévrisme d'un côté, la péri-aortite et la médiastinite de l'autre.

L'anévrisme, se développant, déplace, refoule, étale les nerfs avec lesquels il est en contact ; il provoque des névralgies à caractères spéciaux et qui cèdent après que la poche anévrismale est venue saillir au-dehors.

La péri-aortite syphilitique ou autre, la médiastinite sur laquelle ont surtout insisté Jaccoud, Dieula-

1. Voy. dans les *Annales de Thérapeutique de Rognetta* 1846, t. IV, p. 386, col. 1, l'observation d'un anévrisme de la carotide, dont l'autopsie fut faite par M. Cinivelli.

foy, puis Huchard, vont engainer au contraire dans une gangue fibreuse les nerfs plus ou moins éloignés du foyer de l'anévrisme ; elles vont les tirailler, les enserrer, les étrangler d'une gaine inextensible, fibreuse, qui donnera lieu à des phénomènes de névrite et à des douleurs remarquables par leur ténacité. Il n'est donc point nécessaire que les os soient érodés pour que les nerfs éloignés de l'aorte descendante soient lésés, les phénomènes inflammatoires auxquels donnent naissance la péri-aortite et la médiastinite consécutives à l'anévrisme suffisent pour expliquer ces *lésions nerveuses à distance*.

Rarement les nerfs sont sectionnés directement. Les nerfs pneumogastrique, pulmonaire, le sympathique, les splanchniques, les nerfs intercostaux, le plexus solaire sont surtout atteints par les phénomènes de médiastinite déjà décrits.

Les nerfs intercostaux sont également touchés à la suite de *lésions osseuses*. L'anévrisme ronge les vertèbres avec lesquelles il est en rapport. Sans nous attarder à rappeler les anciennes théories pathogéniques, plus ou moins fantaisistes, de cette usure des os, constatons que tout le monde admet aujourd'hui avec Cornil et Ranvier que cette perte de la substance osseuse résulte d'une ostéite raréfiante. Qu'il s'agisse d'anévrisme vrai ou d'anévrisme faux consécutif, on note l'agrandissement des espaces vasculaires ou médullaires ; la moelle se fœtalise et est contenue dans une véritable enveloppe de cellules géantes qui sont à la tête des phénomènes de raréfac-

tion de l'os. Les macrophages se chargent de pigments du sang et cette pigmentation est très riche dans certains cas.

Rendu fils, à la séance de la Société Anatomique du 22 février dernier, a présenté de très belles coupes de côtes usées et rongées par ce processus d'ostéite raréfiante. Il s'agissait d'un anévrisme de la crosse de l'aorte ayant usé trois espaces intercostaux droits ; les côtes plongeaient en plein magma sanguin entre une cavité extérieure, anévrisme faux consécutif et le sac anévrisimal proprement dit, en dedans.

Ces lésions destructives des vertèbres permettent la déviation latérale du rachis, elles agrandissent l'ouverture des trous de conjugaison et ouvrent le canal rachidien. Les racines rachidiennes et la moelle adhèrent ou sont comprimées par le sac, enserrées dans des lésions de péri-artérite et de médiastinite envahissantes.

Quel est maintenant le mécanisme intime de l'action de l'anévrisme sur les nerfs ? La simple expansion du sac peut provoquer des névralgies fugaces ; si elle avait l'importance qu'on lui attribue, la douleur, ainsi que le remarque Delbet, serait notée plus souvent.

Elle devrait aussi être pulsatile dès que le sac est formé, or Erb a remarqué depuis longtemps déjà que la douleur anévrismatique n'est pas pulsatile.

C'est bien plus au processus inflammatoire ou irritatif qu'à toute autre cause, qu'il faut s'adresser pour

avoir l'explication pathogénique des douleurs anévrismatiques. C'est la péri-aortite, c'est la médiastinite qui, en englobant d'un bourrelet de tissu conjonctif dense les nerfs et les troncs nerveux, les étranglent et provoquent la névrite.

La preuve en est dans la persistance de névralgies intenses, continues, rebelles après guérison spontanée d'un anévrisme. Le *cal fibreux* persiste et continue à enserrer le nerf d'où névrite et douleurs persistantes (Observation de Lion.)

Dans certains cas, il faut incriminer la compression par le sac anévrisimal des veines azygos. Les veines afférentes et les *væna nervorum* se dilatent en amont par gêne de la circulation sanguine et l'on a alors des névrites et des douleurs dues à des varices des veines des nerfs (Georges-Edouard Küss). C'est là un processus analogue à la sciatique par dilatation variqueuse des veines du grand nerf sciatique que Vaquez et Quénu ont bien étudiée.

Nous ne dirons rien de la paroi du sac anévrisimal, des lésions histologiques de névrite banale que nous devrions étudier si nous prétendions faire une étude complète de la question. Ce sont là du reste, maintenant des points bien connus et auxquels nous n'avons à ajouter aucune donnée nouvelle.

CHAPITRE III

Historique et Etude clinique

Le premier cas connu d'anévrisme de l'aorte descendante a été publié par Vésale dans son *Sepulchretum anatomicum*.

L'affection fut reconnue pendant la vie et confirmée à l'autopsie. Dans cette observation inaugurale, la *douleur* est déjà signalée et Vésale insiste sur elle ainsi que Morgagni qui cite cette observation.

En 1557, Baillon signale un cas d'anévrisme de l'aorte abdominale chez un malade qui se plaignait depuis longtemps de palpitations épigastriques.

Lancisi, Valsalva donnent des observations dans lesquelles la douleur n'est pas nettement spécifiée.

Morgagni, au commencement du xviii^e siècle, donne dans ses xvii^e et xviii^e lettres une description détaillée de l'anévrisme de l'aorte « pectorale » et insiste sur la douleur qui peut accompagner cet anévrisme.

Scarpa, vers 1820, puis Laënnec décrivent également la douleur entre autres signes cliniques de l'anévrisme de l'aorte.

Pour Gendrein elle ne manquerait jamais.

Stokes et puis Schule signalent la *névralgie iléo-lombaire* dans l'anévrisme de l'aorte abdominale. Law et Greene localisent la douleur, dans l'anévrisme thoracique, le long du plexus brachial ou sur les côtés de la colonne vertébrale. Law prétend que la douleur correspond à l'usure des vertèbres ; Greene se demande si les lésions des racines rachidiennes, constantes dans ces cas, ne doivent pas être prises en considération,

Trousseau, Richet, Brouardel, Lebert, Beatty tentent de diagnostiquer le siège des anévrismes d'après le siège et les caractères des douleurs observées.

MM. Huchard, Rendu, Lion, Hayem, plus près de nous, en 1900, reprennent à la Société médicale des Hôpitaux l'étude des « caractères cliniques des douleurs anévrismatiques » et fixent nos connaissances actuelles sur cette question séméiologique et clinique.

CARACTÈRES DES DOULEURS ANÉVRISMATIQUES

1^o *Douleurs de type intercostal : névralgies intercostales, iléo-lombaires, lombo-abdominales, abdomino-génitales, crurales, etc.* — La douleur de type dit intercostal est un symptôme fréquemment observé dans les anévrismes de l'aorte thoraco-abdominale ; nous avons vu que Vésale la signalait

dès la première observation publiée d'anévrisme de l'aorte. Milanoff, dans son excellente thèse, la note 72 fois sur 120 observations qu'il a rassemblées pour son travail. Elle existe donc fréquemment ; mais elle n'existe pas toujours et il est des anévrismes qui persistent à rester *latents*. Latents ils sont et latents ils restent. Moins constante pour le segment thoracique que pour le segment abdominal de l'aorte descendante, elle semble néanmoins plus fréquente dans ces deux cas que dans l'anévrisme de la crosse.

Le volume de l'anévrisme n'a aucun rapport avec sa production. D'énormes anévrismes ne s'accompagnent parfois d'aucune douleur ; de petits anévrismes peuvent s'accompagner de névralgies excessivement tenaces et douloureuses.

Elle apparaît ou semble apparaître bien avant tout autre symptôme d'anévrisme, c'est bien le *symptôme signal*, le *symptôme dépisteur* de l'anévrisme.

Au *début*, cette douleur n'apparaît qu'à l'occasion de grands efforts, de fortes émotions, plus tard elle deviendra permanente ; ses caractères et son intensité sont du reste fort variables.

Douleur localisée, parfois intolérable, elle occupe les épaules, s'étend du côté de la poitrine, gêne l'inspiration (Stokes).

Elle devient lancinante, paroxystique avec irradiation névralgique, sur le trajet des nerfs comprimés. C'est alors que les malades se plaignent de

névralgies intercostales d'une grande intensité, assez souvent intermittentes, siégeant de préférence en bas, en arrière et à gauche du thorax.

Huchard établit une distinction clinique très importante entre les douleurs anévrismatiques par simple compression, c'est-à-dire par *refoulement*, et celles par *enserrement*, c'est-à-dire par médiastinite chronique.

Les premières diminuent d'intensité et disparaissent souvent quand la tumeur, jusque-là intra-thoracique, vient à apparaître au dehors, ou encore quand elle change de direction ; les secondes persistent même dans ces conditions. Celles-là sont de simples névralgies pouvant disparaître momentanément dans certaines attitudes que prend le malade ; celle-ci dues à des névrites ont un grand caractère de fixité, ne se modifiant, ni par la rétraction du sac ni par son extension dans d'autres points, ni par des changements d'attitudes du patient, ni par les médicaments anti-névralgiques.

« Dans les anévrismes de l'aorte sous-diaphragmatique, abdominale, on observe également, dit Huchard, des phénomènes douloureux. » Dans sa lettre sur « la douleur des lombes » Morgagni parle d'un cocher âgé d'un peu plus de 30 ans, ayant eu « la maladie vénérienne », et qui, à la suite d'un traumatisme abdominal, fut pris de souffrances si violentes des lombes et du dos qu'il fut forcé de garder le lit pendant huit mois entiers.

On constata l'existence d'un énorme anévrisme et le malade succomba.

Beatty rapporte en 1830 une observation où les douleurs étaient d'une violence extrême. Stokes, qui a donné une description restée classique de l'anévrisme abdominal, fait judicieusement remarquer que les douleurs sont d'autant plus intenses qu'elles occupent un point plus élevé du vaisseau (plexus solaire). Il cite avec Graves un cas où elles diminuaient toujours par le décubitus sur le ventre et le côté droit, tandis qu'elles augmentaient beaucoup, au contraire, dans le décubitus dorsal et latéral gauche; il ajoute — déjà — qu'elles ne doivent pas être attribuées exclusivement à l'érosion des vertèbres, cette dernière lésion étant le plus souvent indolente et non douloureuse. « Tantôt, dit-il, on rencontre des douleurs névralgiques épouvantables sans érosion des os, tantôt, au contraire, cette lésion existe sans les douleurs lancinantes et sans la sensation sourde et persistante décrites par Law. »

Les souffrances les plus fortes ont été observées lorsque l'anévrisme siégeait entre les piliers du diaphragme ; l'ouverture de l'aorte siégeait un peu au-dessous du tronc cœliaque. Ces idées, si bien exprimées par Stokes sont toujours vraies.

Quel est ou plutôt quels sont les sièges variables de ces douleurs anévristmatiques ? Le siège de ces douleurs est essentiellement variable : douleur fixe et unique à l'épaule ou dans la région sus-épineuse, sous les clavicules ou dans la région inter-scapu-

laire ; occupant tout un côté du thorax *et la région cervicale* ; bilatérale ou en ceinture (Trousseau, Richet, Brouardel), comparables à des « maux de reins » (Lebert), à du lumbago (Beatty), elles sont parfois telles qu'elles entravent la respiration. Greene a remarqué que dans certains cas, ces douleurs se calmaient par la compression.

Dans les anévrismes thoraco-abdominaux, siégeant au niveau de l'orifice fibreux du diaphragme, les douleurs, souvent de grande intensité, revêtent le type de névralgie lombaire, ou lombo-dorsale, de névralgies en ceinture, avec irradiations possibles au sacrum, aux membres inférieurs, le long du sciatique, sur le trajet du cordon spermatique, et jusqu'au testicule, ce qui simule parfois des coliques néphrétiques.

Rarement pulsatiles, jamais pour Erb, ces douleurs anévrismatiques s'accompagnent parfois d'exagération à la pression le long des nerfs (voir notre observation personnelle : névralgie iléo-lombaire avec points de Valleix) ; d'autres fois, il n'y a ni douleur spontanée, ni douleur à la pression le long des nerfs (voir obs. II, cas de Huchard : pseudo-névralgie intercostale neurasthénique rebelle).

Ces douleurs, qui ont comme caractère important de diminuer en certaines positions (Lebert, Huchard, Stokes, Rendu, Schule, Beck,) peuvent subir des rémissions très marquées (Stokes,) mais habituellement elles reviennent par accès (ne sont pas paroxystiques, Huchard), et sont provoquées ou

exagérées par la marche, l'équitation, la station verticale, les changements de position.

Elles entraînent une position spéciale, le plus souvent penchée en avant, de la part du malade qui « dit immédiatement que cette attitude de son corps est pour ainsi dire volontaire ; il la prend dans le but de calmer des douleurs thoraciques intolérables siégeant souvent dans un point déterminé ».

2° *Douleurs du type sympathique : coliques, névralgie viscérale gastrique, testiculaire, rénoureterale, etc.* — Huchard parle incidemment des « douleurs plus profondément situées dans la poitrine, partant du tiers supérieur du sternum pour aboutir à la colonne vertébrale, ce qui *ressemble d'assez loin* à l'angine de poitrine ».

Quand les phénomènes de péri-artérite et de médiastinite intéressent les filets cardiaques, quand la douleur résulte de la compression, du tiraillement du plexus aortique et cardiaque du sympathique, elle est angoissante, angineuse, s'irradie dans l'épaule et le bras gauches. Tantôt elle présente tous les caractères classiques de l'angine de poitrine — et est-ce autre chose qu'une angine de poitrine d'origine nerveuse ? — tantôt elle s'accompagne de troubles dyspnéiques d'origine nerveuse ; ils sont fort intenses, parfois mortels ; le pneumogastrique intervient alors tout autant que le sympathique.

Hayem et Rendu ont démontré les relations de cause à effet qui relie l'anévrisme thoraco-abdominal, siégeant dans la région diaphragmatique, et

comprimant splanchniques, sympathiques et plexus solaire, et les crises de gastralgie intolérables que l'on observe dans ces cas. Nous donnons ces observations et rappelons que l'on a souvent confondu l'anévrisme de l'aorte s'accompagnant d'hématémèses et le cancer de l'estomac (notamment cas d'Esner, *Medical News*, 1892).

Ces névralgies sympathiques peuvent s'irradier dans tous les plexus sympathiques viscéraux qui dépendent du plexus solaire, simuler les coliques néphrétiques (notre observation, celles de Weil et Mascarel, Faure-Millet, Schule), les néphrites (Heuschen, *Upsal*, 1899 ; Chaillous, Société Anatomique, 1897, p. 1), l'abcès péri-néphrétique (Riesmann, Path. Soc. of Ph., 1899, in *Revue G. P. I*), les coliques hépatiques, les coliques urétérales, testiculaires (obs. I, personnelle ; obs. de Finny), les coliques intestinales, et donner lieu à des phénomènes de constipation ou de diarrhée.

Ces douleurs sympathiques sont plus intenses peut-être encore que celles du type intercostal ; plus tenaces, la pression soutenue peut arriver parfois à les calmer momentanément.

3^e *Douleurs du type vague : lésions du pneumogastrique, dysphagie douloureuse.* — L'œsophage subit moins fréquemment les phénomènes de compression que les autres organes ; la dysphagie douloureuse que l'on observe parfois semble due seulement à la compression directe de l'œsophage, mais encore à la compression du pneumogastrique ou du plexus œso-

phagien qui en résulte au-dessous du pédicule du poumon gauche. Si les rameaux pulmonaires sont irrités, des attaques paroxysmales de dyspnée peuvent se produire. Tantôt elles ressemblent à une attaque d'asthme vrai (Grenet), tantôt cette dyspnée est angoissante, paroxystique et s'accompagne d'angine de poitrine, tantôt elle se complique de congestion pulmonaire et même d'hémoptysies (Haberson, Rendu) ; assez souvent la toux est quinteuse, rauque, férine, coqueluchoïde, spasmodique.

Enfin l'excitation des rameaux gastriques du nerf vague provoquait parfois des vomissements et des attaques de diarrhée (Packardt), des troubles stomacaux sur lesquels Mac Rady, Rumpf, Mauchand ont appelé l'attention et même des phénomènes dyspeptiques (Bramwell).

4° *Douleurs à distance ; irradiations douloureuses par compression des racines rachidiennes et de la moelle.* — Les douleurs violentes et à distance peuvent exister sans lésion de vertèbres. Le plus souvent, néanmoins, ces douleurs intenses témoignent d'une usure vertébrale et sont dues aux lésions des racines rachidiennes, mais même dans ce cas quand la médiastinite manque, la douleur n'existe pas (obs. de Küss d'Angicourt, Société Anatomique, 1896).

La compression des racines rachidiennes explique les douleurs intenses qui ne correspondent pas exactement au territoire d'un nerf.

Ces douleurs peuvent s'étendre aux membres inférieurs. La colonne vertébrale est profondément

érodée ; le canal médullaire, les troncs de conjugaison sont ouverts, la moelle, les racines rachidiennes surtout sont en contact avec le sac. Ce sont des douleurs survenant brusquement, siégeant au niveau des deux membres inférieurs, très intenses, atroces même, fulgurantes, lancinantes, avec hyperesthésie ou anesthésie, avec sensation de fourmillements, engourdissement, et douleurs lancinantes par intervalle.

La propagation et les localisations douloureuses se font souvent en haut, vers l'épaule, la face interne du bras : névralgie brachiale ; sur le cou : névralgie cervicale et névralgie cervico-occipitale que Levachew aurait observées 29 fois sur 126 anévrismes de l'aorte thoracique. (Congrès de Moscou, 1897.)

Ces douleurs peuvent s'accompagner d'autres phénomènes : paraplégie motrice complète ou incomplète avec ou sans abolition des réflexes, de phénomènes trophiques (eschare sacrée), de gangrène, de contracture musculaire (flexion involontaire des genoux). Nous renvoyons pour l'étude de ces différents points aux travaux de Cousin, Andral, Leach, etc.

Schule de Dantzig, en 1878, signale l'exaspération des douleurs anévrismatiques quand on comprime les deux fémorales, quelle que soit l'origine de ces douleurs : nerfs intercostaux, vagues, splanchniques ou sympathiques. Cette manœuvre de Schule, provoquant l'exaspération des douleurs dans la région de l'anévrisme, n'est pas sans danger pour le malade

comme le prouve le cas de Saundry où le patient mourut le soir même de l'examen. La recherche de ce signe est donc à rejeter.

« En un mot, conclut M. Huchard, les anévrismes de l'aorte thoraco-abdominale, par suite de l'énorme volume qu'ils atteignent assez souvent, déterminent des douleurs à siège variable et ayant presque toujours une grande intensité : douleurs paroxystiques ou continues, augmentant ou diminuant suivant les diverses attitudes du malade, pouvant siéger dans les espaces intercostaux, dans les régions lombaire ou lombo-dorsale, autour du corps qu'elles étreignent en ceinture, avec irradiations possibles au sacrum, aux membres inférieurs, le long du sciatique, sur le trajet des uretères, du cordon spermatique et jusqu'au testicule, ce qui simule parfois des coliques néphrétiques. Ces douleurs, par leur fixité, par leur persistance, par leur intensité, et surtout par leur constante augmentation sous l'influence d'attitudes diverses (station horizontale ou verticale, décubitus latéral droit ou gauche), par leur résistance aux traitements antinévralgiques se distinguent déjà manifestement des simples névralgies et permettent de dépister l'existence d'une tumeur anévrismale. »

CHAPITRE IV

Etude diagnostique

L'étude que nous venons de faire du symptôme-signal : la douleur dans les anévrismes de l'aorte descendante nous permettra d'éviter un trop long développement à propos du diagnostic positif de cette douleur anévrismatique. Ses caractères, sa pathogénie nous sont connus ; nous savons les formes qu'elle se plaît à revêtir.

Tantôt ces caractères font penser *aux fausses névralgies, aux douleurs que l'on rencontre dans le mal de Pott ou dans la paraplégie douloureuse des cancéreux* et l'on admet la possibilité d'une lésion vertébrale. « Ces douleurs ressemblent alors à ces pseudo-névralgies qui se montrent si souvent comme signe prémonitoire des compressions lentes de la moelle et des paraplégies douloureuses. » (Lion.) Tantôt ce sont des névralgies vraies, tantôt des névralgies graves des névralgies-névrites.

Nous ne pouvons nous étendre davantage sur l'analogie de ces douleurs anévrismatiques et des

douleurs des maux de Pott tuberculeux ou cancéreux. Les erreurs de diagnostic ont été fréquentes et sont encore fréquentes.

Mais il nous faut insister davantage sur l'intensité parfois remarquable des douleurs que l'on observe dans les *aortites chroniques* quelle qu'en soit la cause syphilis, impaludisme, tuberculose (?), maladie de Basedow. Ces douleurs simulent l'*accès pseudo-angineux* ou provoquent la véritable *angine de poitrine* avec irradiations douloureuses sur le cou et le bras, accès pseudo-gastriques, etc. Là encore les phénomènes nerveux sont sous la dépendance de la péri-aortite et de la médiastinite. La cause en est la même et provoque le même effet que dans l'anévrisme de l'aorte.

La douleur vive est symptôme des lésions extra-spinales ; elle fait défaut ou manque dans les cas de tumeur intra-spinale.

Ces douleurs, communément désignées sous le nom de pseudo-névralgies relèvent le plus souvent d'une véritable névrite. Mais, il faut avouer avec Vulpian qu'il peut y avoir ressemblance complète avec les névralgies, et l'erreur est possible.

Il convient donc d'établir un diagnostic différentiel des douleurs anévrismatiques et de toutes les névralgies et pseudo-névralgies.

« S'il existe une déformation de la colonne vertébrale on ne peut hésiter qu'entre deux hypothèses : la tuberculose ou le cancer vertébral », écrit Parmentier. Nous avons vu que l'anévrisme de l'aorte des-

pendante donnait souvent lieu à des scolioses, à des courbures de la colonne vertébrale par usure des corps des vertèbres et notre observation personnelle le démontre une fois de plus.

Si l'anévrisme de l'aorte peut causer ainsi une déformation pottique du rachis analogue à celle que produit la tuberculose vertébrale, celle-ci par contre peut donner lieu à des phénomènes aortiques pseudo-anévrismatiques.

L'aorte peut être soulevée, déplacée par un abcès ossifluent et le diagnostic peut être d'autant plus difficile qu'il ne peut exister encore nul autre symptôme du mal de Percival Pott. Cette tumeur pseudo-anévrismale, animée de battements, de thrill, peut simuler d'autant plus un anévrisme vrai que les douleurs dans ce cas ont les mêmes caractères et la même origine que les douleurs anévrismatiques ; ce n'est pas aux lésions rachidiennes osseuses qu'elles sont dues mais à la compression des racines rachidiennes par une pachyméningite externe (Charcot, Michaud) analogue en tant que cause de compression nerveuse à la péri-aortite et à la médiastinite de l'anévrisme de l'aorte descendante.

La douleur par la pression au niveau des apophyses épineuses est tout aussi souvent notée dans le mal de Pott que dans l'anévrisme érodant.

Les hyperostoses syphilitiques, l'arthrite sèche avec épaissement osseux la péri-arthrite, rare dans la région dorso-lombaire, le cancer vertébral dont nous avons déjà parlé et qui est en général secondaire à

un autre cancer donnent les mêmes douleurs que l'anévrisme thoraco-abdominal ou à peu près les mêmes douleurs.

Mais, en plus des lésions vertébrales ci-dessus énoncées, des lésions extra-méningées : carcinome péri-rachidien, presque toujours secondaire, sarcome, lipome, chondrome, kystes hydatiques et abcès peuvent donner lieu à des douleurs pseudo-anévrismatiques. Ici le diagnostic sera néanmoins plus facile comme dans les cas de *névrome*.

Les tumeurs *méningées* et *intra-spinales* ne nous arrêteront pas ; elles sont rares et, pratiquement, ressortent à une seule cause bien connue : la syphilis.

Nous n'repréendrons pas ici l'énumération de toutes les douleurs névralgiques ou pseudo-névralgiques qui peuvent rappeler plus ou moins les douleurs anévrismatiques. Il est bien difficile de faire la part de ce qui revient à la toxi-infection, à l'aortite, à des lésions commençantes de sclérose médullaire (tabes ou paralysie générale) quand on recherche la pathogénie de douleurs survenant chez un syphilitique ; bien plus, entre l'aortite et l'anévrisme il n'y a qu'un degré qui peut-être ne sera jamais franchi ; mais ce sont des lésions suffisamment semblables pour produire déjà mêmes effets et parfois mêmes douleurs.

Toutes les causes de névralgies ou de pseudo-névralgies, les douleurs musculaires ou myalgies, les torticolis, les lumbagos (lorsque l'aorte abdominale est intéressée) peuvent être confondues avec les douleurs anévrismatiques précédant l'apparition

d'une tumeur pulsatile et expansive venant tardivement et à leur suite, mais non toujours, éclairer le diagnostic, renseigner sur la vraie nature de la maladie... à moins que la mort n'arrive inopinément par hémorragie foudroyante.

Toutes les névralgies viscérales, coliques hépatiques, néphrétiques, douleurs des néphrites chroniques ou goutteuses, des phlegmons péri-néphrétiques, névralgies gastriques, dysphagie douloureuse trouvent leurs analogues dans les névralgies viscérales anévrismatiques ou aortitiques. M. Louis Rénon a publié dans les *Bulletins et Mémoires de la Société médicale des Hôpitaux*, en janvier 1902, une très intéressante observation de névralgies viscérales dans un cas d'aortite syphilitique latente.

Ici encore, il nous faut citer, pour conclure, M. Huchard : « Lorsqu'on est en présence d'accidents douloureux, remarquables par leur opiniâtreté, leur longue durée, leur intensité, quand ils demeurent inexpliqués, lorsqu'ils ont résisté à toutes les médications habituelles, enfin, quand ils présentent des caractères insolites (comme leur fixité dans un endroit déterminé, la possibilité de leur diminution par certains changements d'attitudes des malades), alors il ne s'agit pas de véritables névralgies, comme on le croit trop souvent ; on doit voir là un *signe de probabilité* en faveur de l'anévrisme ; et si aucune tumeur n'est encore perceptible, l'épreuve de la radioscopie devra être tentée pour arriver au signe de certitude. Sans doute, cette certitude ne sera pas complète,

parce qu'il s'agira encore de savoir la nature de la tumeur du médiastin, et, en ce qui concerne l'anévrisme, on le saura, puisque la radioscopie nous montre instantanément les mouvements expansifs de la tumeur. Mais il faut toujours se rappeler que, de toutes les tumeurs intra-thoraciques, ce sont les anévrismes qui donnent lieu à ces sortes de douleurs très caractéristiques parce qu'elles se font par le mécanisme d'une sorte de martèlement ininterrompu. »

Les douleurs anévrismatiques sont donc bien le symptôme-signal des anévrismes de l'aorte descendante ; mais c'est à la radioscopie, et non à la radiographie, qu'il faudra s'adresser de toute nécessité de nos jours pour avoir le signe de *certitude*. Cette utilité, du reste non contestable, de la radioscopie dans le diagnostic des anévrismes, a été mise en valeur dans de nombreuses thèses, celles de Laurent, Robert, Lafraye et Holzknacht.

Et maintenant peut-on, une fois l'hypothèse d'anévrisme de l'aorte descendante émise, grâce à la recherche et à la reconnaissance des caractères des douleurs anévrismatiques, préciser le siège de l'anévrisme d'après ces douleurs ?

Relativement oui, et par à peu près : deux anévrismes de siège thoraco-abdominal identique déterminant l'un des douleurs anévrismatiques du type dorsal et même dorsal supérieur, l'autre des douleurs anévrismatiques du type abdominal supérieur ou inférieur. Les irradiations douloureuses varieront

selon les cas ; préciser d'après les douleurs le siège exact de l'anévrisme est facile dans certains cas, lorsqu'il leur coexiste une courbure de la colonne vertébrale par exemple ; possible, mais difficile dans d'autres ; impossible dans d'autres encore où il n'existe que des irradiations à distance.

Cette recherche n'a pas du reste l'importance qu'on lui prête et ce n'est pas dans la précision topographique du siège de l'anévrisme que réside l'intérêt de l'étude des douleurs anévrismatiques. Il suffit qu'elles mettent sur la piste de l'anévrisme pour que leur rôle diagnostique soit d'une importance capitale ; mais là s'arrête et doit s'arrêter le bénéfice que l'on peut retirer de leur connaissance. C'est l'examen radioscopique qui doit parfaire le diagnostic.

OBSERVATIONS

OBSERVATION I (Inédite).

(Due à l'obligeance de M. le Dr Dalché, médecin de l'hôpital de la Pitié.)

Anévrisme de l'aorte descendante (neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales). — Névralgie iléo-lombaire. — Mort. — Autopsie.

Le nommé S..., âgé de 59 ans, gantier, entre le 25 août 1901, salle Parrot, lit n° 14, à l'hôpital Tenon « parce qu'il souffre du testicule gauche et parce que ses forces déclinent rapidement depuis quelque temps ».

Antécédents héréditaires. — Parents morts tous deux d'une attaque (?).

De douze frères et sœurs six sont morts « rachitiques ou poitrinaires ».

Antécédents personnels. — Bronchite pendant la guerre de 1870, très longue à guérir.

Aurait eu depuis d'autres bronchites, mais de moindre durée. Variole à 15 ans.

Marié à 30 ans, le malade a eu trois enfants, morts tous trois: l'un malingre et cyphotique, un autre « d'une hernie ombilicale ». Le troisième est mort en même temps que la femme du malade d'affection inconnue (« choléra » ??).

Depuis une vingtaine d'années, varicocèle à gauche, douloureux : surtout après de grosses fatigues.

Histoire de la maladie actuelle. Début. — Il y a six ou sept ans, le malade ressentit une douleur sourde dans la région lombaire, douleur qu'il attribua à la fatigue. Les fatigues, du reste, l'exaspéraient et la rendaient très vive. A cette époque, il éprouvait déjà des difficultés à fléchir le rachis, à se retourner dans son lit. « Il était raide », disait-il. *Sa marche s'en trouvait gênée* et il lui était impossible d'aller vite.

Il y a trois mois, la gêne douloureuse que lui causait son varicocèle s'exaspéra et le faisait souffrir d'avantage, surtout le soir.

Cette douleur progressa constamment jusqu'à rendre la marche de plus en plus difficile.

Le malade « s'est affaibli de plus en plus depuis six mois ».

Aujourd'hui, son état général et la douleur qu'il ressent au testicule gauche le forcent à demander son admission à l'hôpital.

Examen actuel (25 août 1901). — *Varicocèle* gauche de moyen volume occupant la partie postéro-inférieure de la bourse de ce côté. Sensation, à la palpation, d'un paquet de ficelles. Les veines du cordon sont également flexueuses et dilatées ; l'anneau inguinal est élargi de ce côté, mais il n'y a ni hernie, ni même impulsion à la toux à son niveau.

Testicules petits, de forme et de situation normales. Le gauche est très douloureux à la pression. Un contact, même léger, réveille une douleur très vive qui fait crier le malade.

Douleur, à la pression, tout le long du cordon gauche, dans la fosse iliaque et à l'angle formé par la rencontre de la crête

iliaque et du bord externe de la masse musculaire sacro-lombaire (point iléo-lombaire).

Du côté *du rachis*, on note une scoliose à convexité tournée à droite. Les apophyses épineuses des dixième, onzième vertèbres dorsales sont nettement déjetées à droite de la ligne médiane, à 1 centimètre $1/2$ environ en dehors de cette ligne.

Les mouvements de flexion de la colonne vertébrale sont presque nuls. Lorsque le malade est debout, il immobilise, par contraction musculaire sa colonne vertébrale: Lorsqu'il se baisse pour ramasser un objet placé devant lui, sur le sol, il se baisse tout d'une pièce en fléchissant ses jambes et ses cuisses. Lorsqu'il descend un escalier et qu'il vient à heurter une marche du talon, avec trop de force, il ressent une douleur dans cette même région dorsale inférieure.

Au lit, il lui est difficile de se retourner ; il lui est totalement impossible de se coucher sur le ventre. Lorsqu'il veut se mettre sur son séant, il est obligé de se livrer à toute une gymnastique et de se redresser sur ses poignets ; encore ne peut-il s'asseoir complètement et reste-t-il penché en arrière, raidi, appuyé sur les poignets placés en arrière du siège.

La *pression* réveille de la douleur tout le long de la ligne épineuse, depuis la huitième vertèbre dorsale jusqu'au sacrum, avec un maximum vers les dixième et onzième vertèbres dorsales.

Système nerveux périphérique. — Nous constatons sur les jambes des cicatrices d'ulcère variqueux et l'existence de grosses varices. Pas de douleurs, pas de fourmillements dans les membres inférieurs. Pas de zones d'hyperesthésie ou d'anesthésie. Le réflexe rotulien est normal. Pas de troubles trophiques nets.

Système nerveux central. — Le malade se plaint d'une asthénie considérable. Actuellement, il paraît très abattu, répond lentement aux questions qu'on lui pose et qu'il comprend fort bien. Il a une tendance marquée à la tristesse, avec idées noires ; il est devenu irritable et se fâche sans savoir pourquoi et en reconnaissant « qu'il n'est point méchant ». Il est devenu aussi plus impressionnable.

La nuit, il dort peu. Il est terrifié par des cauchemars fréquents dont des « accidents » sont le sujet le plus habituel. Il ne rêve que rarement d'animaux réels ou imaginaires.

Appareil circulatoire. Cœur. — A l'inspection, on note que l'impulsion systolique est très énergique et soulève en masse toute la paroi costale du côté gauche. Au même moment, on note un certain retrait (*tirage*) épigastrique.

La palpation est douloureuse dans le troisième espace intercostal gauche. Choc en dôme de la pointe qui bat dans le quatrième espace, à 2 centimètres en dedans du mamelon.

La percussion montre que l'étendue de la matité cardiaque, tant relative qu'absolue, n'est pas augmentée. Le pédicule du cœur semble un peu élargi.

A l'auscultation, les bruits du cœur s'entendent forts ; la systole est énergique. A la base, souffle au premier temps, très rude, dans le deuxième espace intercostal droit.

Le deuxième temps est *claquant*.

Les battements sont en général réguliers ; quelquefois pourtant, on note une systole brusque, comme surajoutée entre deux systoles et rythme normal.

Système artériel. — Le pouls est fort, tendu, sans défaillances, régulier. Les artères sont souples. Les carotides, au cou, battent nettement.

Appareil respiratoire. — Signe de submatité au sommet droit. En ce point, un peu d'obscurité de la respiration.

Appareil digestif. — Anorexie marquée. Digestions lentes. Pas de météorisme abdominal.

Constipation habituelle. Par d'hémorroïdes apparentes.

Le foie ne déborde par les fausses côtes.

La rate n'est pas perceptible à la percussion.

Appareil urinaire. — Les reins ne sont pas perceptibles. Les urines, en quantité normale, ne renferment ni sucre, ni albumine.

M. Dalché, d'après ces symptômes, posa le *diagnostic de testicule irritable et de névralgie iléo-lombaire au cours d'un mal de Pott probable*, tout en ayant envisagé l'hypothèse d'un *anévrisme possible de l'aorte descendante*. Notre maître avait été frappé, en effet de l'intensité du battement de l'aorte descendante, en auscultant le long du flanc gauche du rachis.

Le 3 septembre le malade est pris brusquement d'une crise d'*angor pectoris major*, avec angoisse, douleurs précordiales, et l'on constata, à ce moment, chez lui des signes de péricardite sèche.

Le 4 septembre, il est pris, le matin, d'une *hémoptysie extrêmement abondante* et meurt en rendant du sang à pleine bouche

Autopsie vingt-quatre heures après la mort. — En ouvrant le *péricarde*, on constate l'existence des *plaques de péricardite sèche, récente*, sur la face antérieure du cœur.

Léger épanchement séreux dans la cavité péricardite.

L'*aorte* est nettement *athéromateuse*. Elle présente une *large dilatation anévrismale, sacciforme*, à l'union des portions tho-

racique et abdominale, dilatation non bridée par le canal diaphragmatique aortique.

Ce sac anévrismal s'est ouvert dans la plèvre gauche et adhère à la colonne vertébrale. Celle-ci est fortement *érodée* et présente une large perte de substance osseuse au niveau des neuvième, dixième et onzième vertèbres dorsales gauches.

Hémothorax à gauche.

Rien à signaler dans les autres organes.

OBSERVATION II

(Huchard. — Société médicale des Hôpitaux, 1900, p. 171.)

Anévrisme de l'aorte descendante au niveau de l'émergence de l'artère splénique. — Névralgie au niveau des neuvième et dixième espaces intercostaux gauches.

M. X..., 58 ans, marche courbé en deux ; il prend cette attitude pour calmer des douleurs thoraciques intolérables siégeant surtout dans un point déterminé, en arrière et à gauche, à cinq travers de doigt de la colonne vertébrale, au niveau des neuvième et dixième espaces intercostaux. Quand il se dresse la douleur augmente d'une façon considérable au point de devenir absolument intolérable ; lorsqu'il s'assied, le corps étant penché en avant, la douleur est à son minimum pour renaître avec une nouvelle violence s'il s'étend dans le fauteuil ; couché sur le dos, les douleurs reprennent une certaine acuité, pour cesser quand il se couche sur le ventre ou dans le décubitus latéral gauche, pour augmenter encore dans le décubitus latéral droit.

Aucune douleur spontanée ou à la pression sur le trajet des nerfs intercostaux ; la souffrance est bien limitée, n'existant que dans un seul point, à la base et en arrière de la poitrine à gauche, ne se manifestant ou ne s'exaspérant que par les changements d'attitude.

Le diagnostic de *névralgie rebelle intercostale due à la neurasthénie* avait été posé à l'étranger. En s'appuyant sur les caractères cliniques de ces douleurs, sur leur incurabilité apparente, sur les antécédents syphilitiques des malades (chacune étudiée à l'âge de 24 ans), M. Huchard pensa à un anévrisme de l'aorte thoracique descendante qu'il trouva en arrière, et à gauche de la colonne vertébrale. Quand le malade s'est redressé, sensation très nette à la main, à ce niveau, des battements anormaux avec expansion très modérée.

Diagnostic confirmé par Barth et Rendu.

OBSERVATION III

(Rendu. — Société Médicale des Hôpitaux, 1900, p. 177)

Anévrisme de l'Aorte descendante (de la bronche gauche au diaphragme). — Névralgie intercostale droite. — Mort. — Autopsie.

X..., 45 ans, ressemblant à un ancien pleurétique, à cause d'une rétraction du thorax à gauche et d'une diminution de la respiration à ce niveau. Cet homme se plaignait, depuis plusieurs mois, d'une douleur intercostale à droite, et d'une dyspnée d'effort qui s'accompagnaient de palpitations. Pendant l'épidémie de grippe de 1890, il mourut subitement d'hémoptysie. L'autopsie révéla un énorme anévrisme de la portion descen-

dante de la crosse s'étendant de la bronche gauche au diaphragme. Les corps vertébraux étaient usés par la poche anévrismale et cette usure était plus marquée à droite qu'à gauche.

OBSERVATION IV

(Rendu.—Société Médicale des Hôpitaux, 1900, p. 178.)

Anévrisme de l'aorte descendante (de la bronche gauche au diaphragme). — Douleur sous-scapulaire gauche. — Mort.

Officier supérieur, souffre depuis sept ans d'une douleur sous-scapulaire gauche contre laquelle avaient échoué toutes les médicamentations antinévralgiques. Depuis six mois, applications de pointes de feu presque constantes.

Appelle en consultation pour un refroidissement. Respiration nulle à gauche, à droite ample et rude, ce qui ne concordait guère avec un emphysème dont le diagnostic avait été posé. Bientôt symptômes d'un anévrisme à marche rapide; sensation de battements profonds au niveau de la région sous-scapulaire gauche. Six semaines après, ce diagnostic fut confirmé par la mort subite du malade.

OBSERVATION V

(Rendu. — Société Médicale des Hôpitaux, 1900, p. 178.)

Anévrisme de l'aorte descendante. — Douleur intercostale gauche

Dame de 60 ans de souche arthritique et d'hérédité cardiaque, qui à la suite d'une entérite septique fut prise d'une douleur

intercostale gauche des plus pénibles prise d'abord pour une simple névralgie. Les révulsifs et les traitements antinévralgiques échouent et la douleur ne fait que s'amortir, tout en restant fixe et en n'étant pas exagérée par la pression. Bientôt attitude fléchie et impossibilité de se redresser sans une extrême souffrance. En même temps la douleur, d'abord confinée à gauche, se développe également à droite entourant la région dorsale d'une ceinture complète. Respiration anxieuse, efforts s'accompagnant d'une orthopnée extrême.

Tumeur ? Mal de Pott cancéreux ? ou anévrisme de l'aorte descendante ? Dans cette dernière hypothèse, institution d'un traitement ioduré intensif. Diminution progressive des douleurs et de l'oppression qui était tout à fait celle des cardiaques. Amélioration de l'état général. Au bout de quatre mois de cette médication, la douleur est devenue tolérable et l'attitude verticale est possible.

L'examen radioscopique n'a pas été fait, mais bien que le diagnostic n'eût pas des éléments suffisants de certitude, M. Rendu pensa à une dilatation de l'aorte descendante et à un anévrisme qui subit une marche rétrograde.

OBSERVATION XI

(Lion.— Société Médicale des Hôpitaux, 1900, p. 179.)

Anévrisme de l'aorte (quatrième et cinquième vertèbres dorsales). — Névralgie des quatrième et cinquième espaces intercostaux gauches. — Mort. — Autopsie.

Malade de 50 ans adressé comme atteint de tuberculose pulmonaire. A considérablement maigri, a perdu ses forces en

quelques mois, *mais* tousse peu, crache à peine et l'exploration la plus minutieuse de sa poitrine ne fait rien découvrir d'anormal. *Par contre* il se plaint de douleurs qui siègent à la partie postérieure de l'épaule et le long des quatrième et cinquièmes espaces intercostaux du côté gauche. Elle sont incessantes, rebelles à tous les traitements, véritablement cruelles ; depuis longtemps elles empêchent complètement le sommeil, ont amené la perte de l'appétit et sont très certainement la cause principale de l'amaigrissement et de l'affaiblissement du malade. Elles sont spontanées, et la pression au niveau des points d'émergence des nerfs ni ne les réveille, ni ne les exagère. Tous ces caractères font penser aux *fausses névralgies*, aux douleurs que l'on rencontre dans le mal de Pott ou dans la *paraplégie douloureuse des cancéreux*, et bien que l'on ne trouva ni déformation ni sensibilité au niveau du rachis on admit la possibilité d'une lésion vertébrale sans en préciser la nature.

Quelques jours après, le malade mourut subitement.

A l'autopsie, on trouva la plèvre gauche distendue par un énorme épanchement de sang ; un anévrisme s'était ouvert dans la cavité de la séreuse. Cet anévrisme occupait la première portion de l'aorte thoracique. Il avait usé les corps des quatrième et cinquième vertèbres dorsales ainsi que les extrémités postérieures des côtes correspondantes et était venu comprimer et irriter les nerfs rachidiens. La cavité en était presque complètement comblée par un caillot ancien, ce qui expliquait l'absence de signes stéthoscopiques capables d'en déceler l'existence pendant la vie.

Les douleurs, dans ce cas, étaient bien analogues à ces *pseudo-névralgies* qui se montrent si souvent comme signe prémonitoire des compressions lentes de la moelle et des *paraplégies douloureuses*.

OBSERVATION VII

(Hayem. — Société Médicale des Hôpitaux, 1900, p. 179.)

Anévrisme de l'aorte (région diaphragmatique).

Gastralgie et douleurs thoraciques. — Mort.

Médecin étranger, revenant de Vichy où il avait été envoyé pour combattre une prétendue dyspepsie douloureuse liée à l'hyperchlorhydrie, vient consulter en 1891. A l'examen, on reconnut un anévrisme de l'aorte thoracique. Le malade se plaignait non seulement de gastralgie, survenant par crises, notamment pendant le cours des digestions, mais aussi de douleurs dans les parois du thorax. L'urine renfermait une quantité exagérée de phosphates. L'examen du suc stomacal révélait une hypopésie très intense, contre-indiquant absolument la cure de Vichy. Ce malade mourut environ deux mois plus tard.

OBSERVATION VIII

(Rendu. — Société Médicale des Hôpitaux, 1900, p. 180.)

Anévrisme de l'aorte (région dorso-lombaire).

Néuralgie stomacale. — Mort.

Malade atteint de néuralgie stomacale avec crises de gastralgie intolérables. Au bout de quelques mois, ce malade présenta des signes non douteux de battement aortique dans la région dorso-lombaire. Finalement le sujet devint un jour paraplégique et succomba rapidement.

OBSERVATION IX

(Faure-Millet. — *Bulletins et Mémoires de la Société Anatomique de Paris*, 1891, p. 160.)

Anévrisme de l'aorte ascendante ; anévrisme de l'aorte descendante. — Névralgie simulant des coliques néphrétiques. — Mort. — Autopsie.

Malade du service de M. Huchard. Traumatisme il y a douze ans. A été soigné pour des « coliques néphrétiques ».

« Depuis six ans dyspnée d'effort, palpitations. »

A l'examen : battements épigastriques, double souffle et frémissement cutané dans le troisième espace droit. Pas d'autres symptômes d'insuffisance aortique. Pendant deux mois douleur anévrismatique caractéristique du côté gauche. Puis battements sans tumeur en arrière à la hauteur de la quatrième vertèbre dorsale. Souffle. Mort subite.

Autopsie. — Anévrisme de l'aorte ascendante. Deuxième anévrisme à 6 centimètres au-dessous de la sous-clavière gauche. Caillot remplissant le sac. Usure de la colonne vertébrale ; la dure-mère est à nu sur une longueur de 12 centimètres. Pourtant il n'y a pas de paraplégie.

OBSERVATION X

(Finny. — *The Dublin Journ. of med. science*, p. 167,
août 1876.

Anévrisme de l'aorte descendante immédiatement au-dessus du diaphragme. — Douleur s'irradiant du dos à la cuisse et aux bourses. — Névralgie fémoro-génitale. — Mort. — Autopsie.

Homme de 34 ans qui, un jour, en soulevant un lourd fardeau, sentit une douleur vive dans le dos. Cette douleur, d'abord sourde, devint persistante et s'accusa par des paroxysmes très pénibles, qui irradiaient surtout au niveau de la région lombosacrée et vers l'épine iliaque antéro-supérieure. Bientôt la douleur s'étendit à la cuisse et aux bourses dans la direction du nerf crural et de la branche fémoro-génitale. Elle survenait par crises, ce qui fit songer à la possibilité de calculs du rein ou de coliques néphrétiques; puis de névralgie syphilitique du testicule (le malade avait eu autrefois la syphilis). Bientôt les crises se rapprochèrent et devinrent intolérables; cependant l'exploration de l'abdomen n'indiquait aucune tumeur. Sept mois après le début de ces souffrances, tumeur non pulsatile au niveau de l'arcade de Fallope. Pulsation au niveau de la douzième côte. Pas de souffle. Paralysie; hyperesthésie excessive; mort dans un accès de douleur épouvantable, avec pâleur, petitesse du pouls, vomissements, lipothymies.

A l'autopsie : énorme anévrisme qui avait décollé le péritoine depuis le diaphragme jusqu'au ligament de Fallope. Un caillot inférieur englobait le nerf crural, un autre passait

antérieurement au-devant du fascia illeaca. Sièges de l'anévrisme dans médiastin postérieur, immédiatement au-dessus des piliers du diaphragme. Le pilier gauche de ce muscle avait disparu et les vertèbres correspondantes étaient érodées. Il est probable que les différentes phases cliniques de la maladie étaient en rapport avec l'extension des caillots et la production des nouveaux anévrismes faux consécutifs.

OBSERVATION XI

(L. Weil et G. Mascarel. — *Bull. et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, 1897, p. 934.)

Anévrisme de l'aorte descendante. — Douleurs de reins. — Mort. — Autopsie.

Homme de 66 ans, souffrait depuis longtemps de « douleurs de reins ». Aucun trouble fonctionnel ni signe physique.

Deux accès épileptiformes et mort subite.

A l'autopsie ; aorte descendante dilatée sur toute sa longueur avec nombreux petits anévrismes.

Un anévrisme sur l'aorte descendante.

Un anévrisme thoraco-abdominal de 11 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Vertèbres lombaires érodées. Les nerfs abdomino-génitaux sont accolés à la paroi postérieure de la tumeur.

Rupture dans la région du psoas.

CONCLUSIONS

1° Les anévrismes de l'aorte descendante (aorte thoracique et aorte abdominale) restent parfois latents ; souvent ils sont méconnus. Une étude approfondie de leur symptomatologie permet souvent de les dépister.

2° Parmi ces symptômes révélateurs se place au premier rang la *douleur*, symptôme initial constant ou presque constant, noté dans la moitié des cas environ et dont la notation a dû souvent être négligée ou donner lieu à des erreurs de diagnostic.

3° Les caractéristiques de ces douleurs anévrismatiques sont, au point de vue clinique, leur opiniâtreté, leur longue durée, leur intensité, leur résistance aux médications usuelles, leur variabilité par certains changements d'attitude, leur localisation à un point fixe.

4° Ces douleurs anévrismatiques ne sont pas particulières aux anévrismes de l'aorte descendante ; on les observe notamment avec tous leurs caractères dans les aortites chroniques et dans l'aortite syphilitique.

5° Leur connaissance clinique est néanmoins d'un

intérêt capital ; *les douleurs anévrismatiques* constituent un signe de probabilité en faveur de l'anévrisme, c'est un *symptôme-signal*.

6° Toute douleur anévrismatique, lorsqu'elle demeure inexpliquée, commande, de toute nécessité, *l'examen radioscopique* qui donne le *signe de certitude* en montrant les mouvements expansifs de la tumeur.

7° La localisation, de par les caractères et le siège des douleurs anévrismatiques, du siège de l'anévrisme est possible dans la majorité des cas.

8° Cette localisation n'offre du reste pas grand intérêt puisqu'aussi bien la radioscopie, en permettant de certifier l'existence d'un anévrisme de l'aorte descendante, renseignera également sur le siège de cet anévrisme.

9° Il importe de savoir que des douleurs anévrismatiques peuvent persister à l'anévrisme guéri spontanément, à l'anévrisme dont la poche a été comblée et régularisée par des caillots.

10° Les douleurs anévrismatiques sont cependant d'un *pronostic très grave*, sinon immédiatement *très grave* :

a) Intenses, parfois atroces, elles sont alors symptomatiques d'une compression des racines rachidiennes et de la moelle, elles précèdent alors parfois une paralysie brusque par section de la moelle et qui se produit elle-même peu de temps avant la mort ;

b) En général, elles témoignent de l'extension de la poche anévrismale. Cependant il faut savoir que :

c) Au point de vue anatomo-pathologique elles sont fonction de la péri-aortite et de la médiastinite bien plus que de la compression directe par le sac anévrisimal.

11° Il est difficile d'affirmer le type : intercostal, vague, sympathique des douleurs anévrismatiques en raison des multiples anastomoses que le sympathique, les splanchniques, le pneumogastrique, les racines rachidiennes (nerfs intercostaux) contractent au niveau des *rami communicantes*, des plexus cardiaque, trachéo-broncho-pulmonaire, solaire et viscéraux. (G. E. Küss.)

12° Les douleurs anévrismatiques et l'examen radioscopique qui est commandé par elles suffisent à établir le diagnostic d'anévrisme de l'aorte descendante : tous les autres symptômes sont accessoires au point de vue du diagnostic.

Vu : le Président de la thèse,

ALBERT ROBIN

Vu ; le Doyen,
DEBOVE

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie,

LIARD

BIBLIOGRAPHIE

N. — Les observations sont accompagnées de leur index bibliographique.

Andréeff. — Contribution à l'étude des anévrismes de l'aorte descendante. Thèse, Toulouse, 1904, 72 p., in-8°.

Barr et Teissier. — Anévrismes segmentaires de l'aorte.

Bertray. — Etude synthétique et clinique sur les anévrismes de l'aorte thoracique descendante. Thèse, Paris, 1906-1907, n° 87.

Boinet. — Anévrismes de l'aorte, in *Traité de Médecine de Brouardel et Gilbert*. Paris. Baillière, 1899, t. VI, p. 569.

Bonavera. — Sul valore diagnostico di certe nevralgie intercostali, sintomateche d'un aneurisma latente dell' aorta toracica. Policlin. Roma, 1905., XII., 429-432.

Broca (Paul). — Des anévrismes et de leur traitement. Paris, Labé, 1856.

Bureau et Blanchard. — Enorme dilatation cylindroïde de l'aorte thoracique chez un syphilitique. Gaz. méd. de Nantes, 1902, XX, 217-219.

Burr (C.-W). — Aneurysin of the descendiag thoracic aorta ; causing erosion of the vertebra and symptoms simulating's Pott's disease. Univ. Penn. M. Bull. Phila. 1905-1906, XVIII, 4-7.

- Collet.* — Anévrisme de la partie descendante de l'aorte thoracique. *Lyon médical*, 1905, CIV, 800.
- Crétel (H.)*. — Diagnostic des anévrismes. Forme pseudo-tuberculeuse de l'anévrisme de l'aorte thoracique. Thèse, Paris, 1902-1903.
- Dieulafoy.* — *Clinique médicale de l'Hôtel-Dieu*, 1896-1897, p. 79.
- Dusolier (C.)*. — Anévrisme de l'aorte abdominale ; traitement par le sérum gélatiné. *Arch. de Méd. et Pharm. mil.*, XXXIX, 507-514.
- Feytaud (I.)*. — Anévrisme d'origine rhumatismale. Thèse de Paris, 1906.
- Flamencourt.* — Rayons X et exploration ; Diagnostic de quelques affections aortiques par la radioscopie. Thèse, Paris, 1902-1903.
- François-Dainville.* — Anévrisme de l'aorte abdominale. *Bullet et Mém. de la Société Anatomique de Paris*, 1902, 6 s., IV, 200-202.
- Frank (François)*. — Recherche sur le diagnostic du siège des anévrismes de l'aorte. *Journ. de l'Anat. et de la Physiologie*, mars-avril 1879.
- Gendrin.* — Mémoire sur le diagnostic des anévrismes des artères. *Revue médicale*, 1884.
- Genersich.* — Hasi aorta aveyrismajavak het esete (Seven cases of aneurysm of the abdominal aorta). *Orvosi hetil.*, Budapest, 1904, XLVIII, 522-537.
- Gillet (Joseph-Albert)*. — Pseudo-anévrismes d'origine hystérique, et en particulier pseudo-anévrismes de la crosse de l'aorte. Lille, V^{ve} Masson, 1902, in-8°, n° 92 p. 754.

Gourevitch. — Diagnostic et traitement de l'anévrisme de l'aorte abdominale. *Vratchebn. Gaz.*, Saint-Pétersbourg, 1902, IX, 309.

Grenier de Cardenal. — Anévrisme de l'aorte abdominale. *Jour. de Méd. de Bordeaux*, 1902, XXXII, 622-623.

Gruget et Chiray. — Sur le diagnostic des anévrismes profonds de l'aorte thoracique. Société anatomique de Paris, 1904, t. XXIX, 828-831.

Huchard. — Traité clinique des maladies du cœur et de l'aorte, 3^e éd., 1899.

— Caractères cliniques des douleurs anévrismatiques. *Société médicale des Hôpitaux*, 1900, p. 170. Discussion : Rendu, Léon, G. Hayem, Pierre Merklen, Galliard.

Huguet. — Quelques causes d'erreur du diagnostic des anévrismes. Thèse de Paris, 1897-1898.

Krokiewicz (A.). — Beitræg zur Lehre vom Anevrysma aortæ. *Wien. Klin. Wchnschr.*, 1901, XIX, 739-742, 4 fig.

Laënnec. — Traité d'Auscultation, 4^e éd., 1836.

Langevin (G.). — Rupture d'un anévrisme fusiforme de l'aorte abdominale. *Bull. et Mém. Soc. anat. de Paris*, 1900, 6 s., II, 991-993, 2 fig.

Langevin et Debrovici. — Deux cas d'anévrisme de l'aorte. *Bull. et Mém. Soc. Anat. de Paris*, 1901, 6 s.; III, 331-333.

Law (Robert). — Des symptômes des anévrismes de l'aorte. *Archives médicales*, 1844.

Le Nouène (L.). — Contribution à l'étude des anévrismes de

l'aorte. Rev. méd. de Normandie. Rouen, 1902, n° 2, 21-23.

Levachew. — Sur un nouveau signe de diagnostic des anévrismes thoraciques. Congrès de Moscou, 1897.

Milanoff (S^t). — Etude de la douleur et de quelques autres symptômes des anévrismes de l'aorte thoracique descendanté. Thèse, Paris, 1900.

Martin-Durr. — De la douleur dans l'aortite chronique (Gazette des Hôpitaux et France médicale, 1890).

Montiel (S.). — Anévrisme paludique de l'aorte abdominale guéri par les injections de gélatine d'après le procédé de Lancereaux.

Paulesco. — *Journ. de Méd. interne.* Paris, 1900, IV, 784.

Moty. — Anévrisme de l'aorte thoracique. Thèse de Paris, 1877.

Müller (Ernest). — *Zur Statistik der Aneurysmen.* Inaug. Dissert. Iena, 1902, August, n° 23.

Noica si Banica. — Aneurism al aorter toracice descendinte *Spitatul*, Bucuresci, 1902, XXIII, 353-358, 1 fig.

Obrégon (M.-F.). — Un caso di aneurisma de la aorta descendente. *Gaz. méd. de Costa-Rica*, San-José de Costa-Rica, 1902, VI, 125-130.

Constantin (Paul). — Traité des maladies du cœur et de l'aorte, 1884.

Potain. — De l'anévrisme latent de l'aorte. Médecine moderne, 1893.

œttinger. — De l'anévrisme de l'aorte, in *Traité de Médecine de Charcot, Bouchard et Brissaud.* Paris, Masson, 1893, t. V, p. 468.

Rénon (L.). — Aortite syphilitique latente et névralgies viscé-

- rales, *Bull. et Mém. Soc. méd. d. Hôp. de Paris*, 1902, 3 s., XIX, 14-16.
- A propos d'un cas d'anévrisme aortique survenu au cours du rhumatisme articulaire aigu. *Société méd. des Hôp. de Paris*, 1905, p. 213-215.
- Romano* (Boscolo). — Contributo allo studio degli aneurisma. *Gaz. d. Osp. Milano*, 1902, XXIII, 1015-1016.
- Rupper* (Fritz). — Ueber einen Fall von Aneurysma der Aorta abdominalis. Inaug. Dissert. München, 1900. Dezember.
- Scarpa*. — Traité de l'anévrisme.
- Additions au Traité de l'anévrisme. Traduction d'Olivier. Paris, Béchot, 1822.
- Spanje* (N.-P.-V.). — Ten geval van aneurysma aortæ thoracicæ dicendentis en van spondylosis spuria. *Nederl. Tijdschr. V. Geneesk., Anat.*, 1902, 2 R., XXXVI, d. 2, 925-930, 1 pl.
- Stokes*. — Traité des maladies du cœur et de l'aorte, 1864.
- Vallois*. — Des anévrismes de l'aorte thoracique descendante.

